

Выводы. Проведение курса ГБА благоприятно отражается на клиническом течении бронхиальной астмы, приводит к улучшению спирометрических показателей и положительным сдвигам в системе иммунитета.

Литература:

- 1 Гипобароадаптация как метод реабилитации организма / А. Г. Николаева, Н. В. Быкова, Л. В. Соболева, И. И. Бураков // Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации: научно-практическая конференция с международным участием, Минск, 26-28 мая 2005 г. / ГУ НИИ МСЭиР, Европейская Федерация Неврологических Обществ – Минск, 2005 – С. 89-90.
- 2 Лебедев, К. А. Иммунная недостаточность (выявление и лечение) / К. А. Лебедев, И. Д. Понякина – Москва: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2003 - 443 с.
- 3 Меерсон, Ф. З. Адаптационная медицина: механизмы и защитные эффекты адаптации / Ф. З. Меерсон – М.: Нурохиа Медикал, 1993 – 331 с.
- 4 Николаева, А. Г. Прерывистая гипобарическая адаптация в клинической практике / А. Г. Николаева // Вестник Витебского гос мед университета. – Витебск – Т.5, №2 - 2006. - С.5-10.

ДИСМОТОРИКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ОСОБЕННОСТИ БИЛИАРНОЙ ДИСПЕПСИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

Гирса В.Н., Мишук И.Ф., Немцов Л.М.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. При целенаправленном обследовании населения синдром диспепсии билиарного типа (периодические боли или чувство тяжести в верхнем правом квадранте живота, в сочетании с горечью во рту, тошнотой, рвотой с примесью желчи, непереносимость жирной пищи) обнаруживается от 3,4 до 32,3% случаев [2]. Диспепсия билиарного типа связана с функциональными расстройствами желчного пузыря и желчевыводящих путей, а также с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны, в том числе, вирусные гепатиты [2,3,4].

При исследовании функции желчного пузыря у больных, перенесших вирусный гепатит, обращает на себя внимание наличие билиарного сладжа в просвете желчного пузыря у части пациентов [1]. Термином "билиарный сладж" обозначают любую неоднородность желчи, выявляемую при эхографическом исследовании.

Цель работы. Уточнить клинко-лабораторные особенности дисмоторики желчного пузыря и билиарного сладжа при билиарной диспепсии у больных, перенесших вирусные гепатиты.

Материалы и методы. Обследовано 124 больных с синдромом билиарной диспепсии (50 мужчин и 64 женщины, средний возраст - $36,64 \pm 12,19$ года). Обследование включало общий и биохимический анализ крови, исследование на маркеры вирусных гепатитов В и С, ФГДС, УЗИ гепатопанкреатодуоденальной зоны. Характер опорожнения желчного пузыря оценивали во время эхографии при выполнении пероральной холекинетической пробы. Концентрацию

холецистокинин-октапептида (ССК-26-33) в плазме крови определяли радиоиммунологическим методом.

Было сформировано 2 группы больных. 1-ую группу составили 58 больных (17,96%), перенесших вирусные гепатиты по данным анамнеза и обследования на маркеры вирусного гепатитов. Во 2-ую группу включили 66 больных с билиарной диспепсией, не ассоциированной с перенесенными вирусными гепатитами.

Результаты и обсуждение. Заболевания желчевыводящих путей выявлены у 98 обследованных больных (79,03%), в том числе: 50 больных (40,32%) - дисфункция желчного пузыря, 28 (22,58%) – хронический некалькулезный холецистит, 12 (9,68%) – холестероз желчного пузыря, 8 (6,45%) – желчнокаменная болезнь. У 22 больных (17,74%) по данным эхографии обнаружен билиарный сладж в просвете желчного пузыря.

Субъективная оценка (в баллах) функции органов пищеварения в обеих группах больных статистически значимо не различалась. Обе группы больных по характеру билиарной патологии не различались ($p > 0,05$). Различий в частоте обнаружения билиарного сладжа не обнаружено (в 1-ой группе – 10 больных, $17,2 \pm 0,55\%$; во 2-ой группе – 12 больных, $18,2 \pm 0,55\%$; $p > 0,05$). В 1-ой группе значительно чаще (20 больных, $35,08\%$), по сравнению со 2-ой группой, обнаружены хронические диффузные заболевания печени (3 больных, $5,54\%$, $\chi^2 = 12,58$, $p = 0,004$).

По данным динамической эхографии нарушение опорожнения желчного пузыря чаще обнаружено в группе больных, перенесших вирусный гепатит ($75,9 \pm 2,3\%$; 2-ая группа – $63,7 \pm 2,1\%$; $p < 0,005$). У больных, перенесших вирусные гепатиты, значительно чаще обнаружена преимущественная локализация боли в правом подреберье ($70,4 \pm 8,4\%$; 2-ая группа – $53,5 \pm 7,1\%$; $p < 0,001$), увеличение размеров печени (соответственно – $21,8 \pm 4,1\%$ и $5,0 \pm 0,43\%$; $p < 0,001$) и более высокая концентрация общего билирубина сыворотки крови (соответственно – $20,64 \pm 11,34$ и $15,87 \pm 5,91$ мкмоль/л; $p < 0,015$). В группе больных с билиарной диспепсией, не ассоциированной с перенесенными вирусными гепатитами, по данным фиброгастродуоденоскопии, чаще обнаружены признаки дуоденогастрального рефлюкса (1-ая группа – $19,0 \pm 6,2\%$; 2-ая группа – $33,4 \pm 8,2\%$; $p < 0,01$) и локальной эрозивно-язвенной патологии гастродуоденальной зоны (соответственно – $21,4 \pm 3,7\%$; 2-ая группа – $28,4 \pm 3,9\%$; $p < 0,01$). Базальная и стимулированная концентрации сывороточного холецистокинина в обеих группах больных статистически значимо не различались. В группе больных с билиарной диспепсией, не ассоциированной с перенесенными вирусными гепатитами, определена пониженная чувствительность желчного пузыря к холецистокинину, определяемая по соотношению фракции опорожнения желчного пузыря к повышению концентрации сывороточного холецистокинина во время холекинетической пробы (1-ая группа – $7,64 \pm 9,69$ и 2-ая группа – $4,93 \pm 4,82$ %пг/100 мкл; $p < 0,01$), что позволяет думать о нарушении нервно-мышечного аппарата желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчевыводящих путей.

В обеих группах клинические проявления синдрома билиарной диспепсии умеренно взаимосвязаны ($0,3 < r < 0,6$; $p < 0,05$) с характером опорожнения желчного пузыря. У больных, перенесших вирусные гепатиты, можно думать о наличии выраженной взаимосвязи стимулированной концентрации

холецистокинина в плазме крови и билиарного сладжа ($r=0,64$; $p<0,05$), и умеренно выраженной взаимосвязи билиарного сладжа и характера болевого синдрома ($r=0,31$, $p<0,05$). В обеих группах больных обнаружены умеренные статистически значимые взаимосвязи билиарного сладжа, с одной стороны, и, с другой стороны, показателями тощакового объема и фракции опорожнения желчного пузыря ($r>0,25$; $p<0,05$), характеризующих состояние тонуса и опорожнения желчного пузыря. В целом, у обследованных больных с билиарной диспепсией установлена умеренно выраженная взаимосвязь билиарного сладжа с состоянием липидного обмена, определяемым по показателю концентрации общего холестерина в крови ($r=0,35$; $p<0,05$).

Выводы.

1 Билиарная диспепсия у больных, перенесших вирусные гепатиты, чаще сочетается с дисмоторикой желчного пузыря и хроническими диффузными заболеваниями печени ($p<0,005$), характеризуется преимущественной локализацией боли в правом подреберье ($p<0,005$).

2 Билиарная диспепсия, не ассоциированная с перенесенным вирусным гепатитом, чаще сочетается ($p<0,01$) с функциональными и эрозивно-язвенными нарушениями гастродуоденальной зоны, и характеризуется нарушением нервно-мышечного аппарата желчевыводящих путей.

3. Билиарный сладж желчного пузыря у больных с билиарной диспепсией, перенесших вирусные гепатиты, взаимосвязан с параметрами болевого синдрома и стимулированной секреции холецистокинина ($0,3<r<0,65$, $p<0,05$). В целом, у всех обследованных больных с билиарной диспепсией билиарный сладж взаимосвязан ($r>0,3$, $p<0,05$) с показателями липидного обмена и двигательной функции желчного пузыря.

Литература:

1. Ильченко А.А., Делюкина О.В. Клинические аспекты билиарного сладжа // Consilium Medicum – 2007. - Том 9, №7. – С. 21-25.
2. Маев И.В., Самсонов А.А., Салова Л.М. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ - 2003. – 96с.
3. Пальцев А.И., Осипенко М.Ф., Волошина Н.Б. Билиарный тракт у больных с хроническими вирусными гепатитами // Тер архив. - 2005. - Том 77, №1. – С. 72-76.
4. Portincasa P., Moschetta A., Di Ciaula A., et al Changes of gallbladder and gastric dynamics in patients with acute hepatitis A // Eur. J. Clin. Invest – 2001. – Vol. 31, № 7. – P 617-622

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Довгьялло Г.В., Ворошилова Т.Н., Соболев С.М., Шевченко Е.М.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

ГУЗ ВГЦКБ «2-я городская больница»

Введение. Ревматоидным артритом (РА) страдает около 1% населения земли. Женщины - в 3 раза чаще. Причины РА окончательно не установлены. Предполагают участие вирусов, бактерий, микоплазмы, токсинов табака и др., а также генетической несостоятельности иммунной системы, выражающейся в